124

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

Année 1915 — **THÈSE** — N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mme B. LEVENTISSE

Née à Akerman (Russie), le 2 février 1880

Les Erreurs de Diagnostic

DANS LA

PANNICULITE ABDOMINALE

Président : M. LETULLE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine (VIe)

—

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY G LBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE ET A MES SŒURS

En souvenir de ma profonde reconnaissance et de ma plus tendre affection.

A MES ENFANTS

Que ce petit travail vous reste comme souvenir de l'effort fait par moi pendant mes études, ayant voulu réunir le rôle de femme-mère avec celui du médecin.

A MON MARI

A MEIS AMICIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THIÉRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNAIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LETULLE

Hommage respectueux et remerciement pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LŒPER

Professeur agrégé

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

Nous sommes heureuse de lui adresser ici nos bien sincères remerciements pour les précieux conseils qu'ils nous a donnés au cours de ce travail et pour le bienveillant intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous profitons de l'occasion pour exprimer notre vive reconnaissance et nos meilleurs remerciements à tous nos maîtres des Hôpitaux de Paris, chez qui nous avons travaillé.

Parmi eux, nous réservons à notre maître le plus cher, M. le Dr Ch. Walther, professeur agrégé, une place toute particulière d'estime, d'admiration, de respectueuse affection. C'est chez lui que nous avons fait nos premiers pas dans la médecine, étant bénévole et stagiaire pendant nos deux premières années d'études. Et nous le remercions avec d'autant plus de plaisir, qu'il nous a inculqué, non seulement ses idées scientifiques, mais aussi ses idées humanitaires.

Nous ne pourrons pas passer sous silence nos autres maîtres, comme M. le Dr Sirdey, médecin des Hôpitaux, pour le remercier de la bienveillante sympathie qu'il nous a constamment prodiguée ; et M. Jeannin, professeur agrégé, dont nous avons eu l'avantage de suivre les savantes cliniques et dont nous conserverons le précieux souvenir, en même temps que la vive reconnaissance pour l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours porté.

Les Erreurs de Diagnostic

DANS LA

PANNICULITE ABDOMINALE

DÉFINITION

On désigne sous le nom de « cellulite, des œdèmes localisés, douloureux, apyrétiques du tissu conjonctif, sans tendance à la suppuration » (Stapfer).

Pour Wetterwald, les cellulites sont « des altérations aiguës et chroniques du tissu cellulaire, débutant le plus souvent par la congestion pour aboutir habituellement à l'hypertrophie, puis à la rétraction et à la sclérose, plus rarement à la suppuration ».

La cellulite abdominale qu'on appelle aussi panniculite est la localisation de cette affection au tissu cellulaire de la paroi abdominale.

HISTORIQUE

Depuis que l'attention des cliniciens a été attirée sur les cellulites, on s'est aperçu que cette affection avait déjà été signalée sous des dénominations différentes, non seulement en Suède, mais aussi en Angleterre, en Allemagne, en France même.

Il y a un peu moins d'un siècle que les empiriques suédois ont découvert chez certains de leurs malades de noyaux indurés dans les tissus superficiels. Mais c'est surtout dans les vingt dernières années que les cellulites ont été bien étudiées.

Les masseurs, gymnastes et médecins suédois de l'école de Lind ont non seulement signalé, mais traité par le massage et guéri des noyaux durs dans le tissu adipeux et dans les muscles des diverses régions du corps. C'est la panniculite et la myo-cellulite ou myite.

Vers 1888 le suédois Norstrœm signale en France qu'il a guéri des céphalées rebelles en massant les muscles cervico-dorsaux. Ces muscles étaient indurés et douloureux.

En 1891, Josephson étudie à la fin de sa thèse

inaugurale, la cellulite sous-cutanée abdominale. La même année, en Suède, le Dr Viderstrœm signale pour la première fois la cellulite pelvienne.

Stapfer est le premier qui, en France, parle des cellulites. En 1893 il s'attache à démontrer que les cellulites ne forment pas une entité morbide.

Pour lui il s'agit d'un syndrome commun à toutes les maladies génitales de la femme. La cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété de la cellulite gynécologique. Pas de lésion chronique des organes génitaux de la femme sans cellulite. Considérant que les traités de gynécologie étaient encombrés de termes divers tels que : paramétrite, pério-ophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle, peri-métro-salpingite qui désignent un même processus pathologique ou du moins se révèlent au médecin par les mêmes lésions : œdèmes douloureux, durs ou mous, — Stapfer propose de réunir toutes ces variétés dans une seule et même famille, famille dans laquelle il fait entrer la cellulite sous-cutanée des Suédois, c'est la cellulite pelvi-abdominale.

En 1896 le Dr Richard Hogner (Suédois) publie une étude sur « la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies des femmes ».

En 1897, Stapfer reprend la description des cellulites, affirme leur rôle prépondérant dans les affections génitales de la femme. Il conclut en disant que la cellulite est « une pré-sclérose » — mais ajoute

qu'il manque de preuves anatomo-pathologiques pour appuyer cette hypothèse.

Les données anatomo-pathologiques qui manquent à Stapfer pour lui permettre d'affirmer que la cellulite est une pré-sclérose, Geoffroy Saint-Hilaire les apporte dans sa thèse sur les œdèmes pelviens (1898). Il reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, fait l'étude histologique de plusieurs pièces et, se basant sur ces constatations, il n'hésite pas à mettre en sous-titre à sa monographie : « pré-sclérose ».

En 1899, paraît la thèse de Colmaire, élève du professeur Delassus (Lille), qui contient un assez grand nombre d'observations de cellulite.

La même année le Suédois Krikortz, dans sa thèse inaugurale (Paris), rattache la cellulite à la diathèse arthritique.

En 1900, communication de Delassus sur les cellulites au XVIII[e] Congrès de Médecine.

En 1905, dans son opuscule complémentaire du *Traité de kinésithérapie gynécologique*, il fait une description magistrale de la cellulite généralisée chez la femme, à laquelle il attribue une origine abdomino-pelvienne (troubles de la circulation).

En 1908, paraît le travail de Wetterwald sur « les névralgies du tissu cellulaire ». Généralisant la question, Wetterwald croit que la cellulite reconnaît chez la femme et chez l'homme, dans la sphère génitale et en dehors d'elle, une origine commune, un trouble de la nutrition.

La cellulite serait due à une perturbation vaso-motrice, à l'irritation chronique des nerfs vaso-moteurs et sensibles, sous l'influence d'une intoxication exogène ou endogène.

Remarquant l'analogie qui existe entre la cellulite et certaines affections arthristiques qui débutent par l'hypertrophie et la congestion du tissu conjonctif pour aboutir à la sclérose, Wetterwald se demande si le traitement qui agit sur la cellulite, le massage n'agissait pas aussi sur ces affections.

Au premier Congrès de Physiothérapie, des médecins de langue française, 1908, Bralant qualifie les cellulites de « rouille organique. »

Au IIe Congrès de Physiothérapie, des médecins de langue française, Wetterwald fait une communication remarquable sur *la Presclérose organique et à son traitement manuel.*

Il émet « l'hypothèse que les altérations du tissu cellulaire sous-cutané exclusivement étudiées jusqu'ici, sont communes à tous les arthritiques, sont accompagnées d'altérations cellulitiques du tissu conjonctif général, ont pour origine un trouble de nutrition, dont la cellulite sous-cutanée et les diverses névralgies seraient le symptôme visible, palpable et sensible, et les affections réunies jusqu'ici sous la dénomination d'arthritisme (ou maladies de la nutrition), les symptômes moteurs, vaso-moteurs, secrétoires atrophiques.

Au même Congrès, Deschamps (de Rennes) fait une communication sur *la Panniculite abdominale et*

les névralgies cellulitiques traitées par l'hydrothérapie, l'électricité et le régime alimentaire.

En 1909, Hirschberg (de Paris) fait une communication remarquable à la Société de Kinesthérapie. Il signale l'origine arthritique et préconise le traitement manuel de certains troubles fonctionnels de la peau (sensibles, secrétoires, vaso-moteurs et trophiques).

En 1910, paraît le travail de Wetterwald sur *les Névralgies*. Il recherche et traite la cellulite dans les téguments et la localise dans l'extrémité des nerfs et de la muqueuse. Il en indique les lieux d'élection. Reprenant pour son compte les travaux sur les algies publiés à l'étranger, notamment par Cornelius, de Berlin, il le rattache à la cellulite. Enfin, Wetterwald voit dans les affections cutanées qu'on met sur le compte des névrites périphériques dans les phénomènes douloureux de l'arthritisme, du rhumatisme chronique et même dans la neurasthénie acquise, les manifestations d'une seule et même affection, la cellulite.

La cellulite devient donc pour Wetterwald « la manifestation visible et palpable à la périphérie, d'un processus pathologique envahissant le tissu conjonctif de l'organisme tout entier, débutant par un œdème lymphatique et aboutissant à la sclérose. Cette transformation, favorisée par l'hérédité, certaines professions, la sedentarité, les traumatismes, à une marche chronique, avec des poussées aiguës locales. »

En 1913, Grias dans sa thèse inaugurale (Paris)

les Points douloureux cutanés qui sont dus à la cellulite et leur traitement manuel. Il essaye de donner une topographie de ces points douloureux, région par région.

ÉTIOLOGIE

Au point de vue étiologique, les causes de la cellulite sont nombreuses et doivent être recherchées dans une action élective des poisons introduits dans l'économie ou qui s'y forment, sur le tissu conjonctif.

D'après Wetterwald, la cellulite n'est autre chose que l'acheminement lent et progressif vers la vieillesse par l'usure des éléments nobles et l'envahissement ou l'altération du tissu conjonctif. La cellulite est une sénilité précoce et l'âge étant une des causes nombreuses de la cellulite, on pourrait renverser les propositions en disant que la sénilité est une forme de la cellulite ou de la sclérose organique.

Il y a des auteurs qui font de l'étiologie de la cellulite la même que celle de l'arthritisme.

Pour Casalis, l'arthritisme se caractériserait par la vulnérabilité plus grande du tissu conjonctif avec tendance à l'hyperplasie, à la transformation fibreuse, à la rétraction fibreuse. L'arthritisme serait donc comme la cellulite une pré-sclérose, une vieillesse précoce du tissu cellulaire. Dausset voit dans la cellulite une manifestation de la goutte, et avec Paul

Durand il insiste sur l'association fréquente de la goutte et de la cellulite. Ils ont trouvé parmi leurs goutteux de Vittel, plus de la moitié porteurs de cellulite.

Stapfer indique comme cause générale les *troubles circulatoires*.

D'après les Suédois, la cellulite était constatée assez souvent chez les femmes grasses. Il est donc probable que l'adiposité y prédispose ou même la crée. L'adiposité a une influence non douteuse sur la circulation. Il n'est pas rare que les femmes qui engraissent voient leurs règles diminuer et même disparaître.

Les premiers observateurs de la cellulite avaient déjà constaté que la grossesse pouvait être le point de départ de la cellulite chez certaines femmes nerveuses et arthritiques.

Les traumatismes extérieurs peuvent produire un œdème local qui, à la longue, ne pouvant se résorber pour une cause quelconque, se transforme en tissu scléreux. Il faut encore ajouter ici le traumatisme causé par la chirurgie. En effet, l'acte opératoire peut causer la cellulite ou l'aggraver si elle existe déjà avant.

Certains auteurs ont cru à une origine nerveuse, mais Vogel, cité par de Brun, a fait un certain nombre de recherches qui infirment cette hypothèse.

Le Suédois Nelleday-Oppolzer et d'autres écrivains attribuent à la cellulite un caractère inflammatoire. L'inflammation serait due à un dépôt

d'acide urique : cette idée a été reprise tout dernièrement par Hanriot, dans sa thèse : *Une manifestation de l'arthritisme. La cellulite.*

L'âge entre pour une grande part dans l'étiologie des cellulites.

La sédentarité et la mauvaise circulation ont été citées comme causes de la cellulite depuis très longtemps.

Les *intoxications* jouent un grand rôle qu'elles soient *professionnelles*, comme le saturnisme, ou *éxogènes* comme (alcool, tabac, morphine, intoxications alimentaires et microbiennes, ou surtout *auto-intoxication*, qui résulte d'une perturbation dans le mécanisme d'élaboration et de l'excrétion de l'économie.

L'*hérédité* a également une influence manifeste dans la production des cellulites par les manifestations variées de l'arthritisme que nous transmettent nos ascendants, en même temps que certaines qualités physiques et psychiques.

Il est jusqu'aux *habitudes défectueuses* qui arrivent à la longue à la ruine de notre santé et là, une grande variété d'affections viendront dès lors fleurir sur le vieux tronc cellulitique. Le gros mangeur deviendra dispeptique, acnéique, migraineux. Le fumeur fera de l'angine de poitrine, de l'artério-sclérose, de la névralgie ; le sédentaire sera obèse, rhumatisant, goutteux ; l'intellectuel et le travailleur cérébral tomberont dans la neurasthénie. Presque tous ces malades présentent soit dans la région affec-

tée, soit dans d'autres parties du corps, des zones de cellulite se manifestant par des névralgies spontanées ou provoquées.

En résumé, la cellulite paraît être une affection d'ordre générale, trouvant surtout ses causes dans la dégénérescence plus ou moins avancée de l'organisme et dans les troubles causés par le ralentissement de la nutrition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de cette affection n'est que très imparfaitement connue, à cause du petit nombre d'observations qu'on a pu faire, la mort n'étant presque jamais le résultat des troubles produits par la cellulite proprement dite, existant seule, sans autres affections concomitantes.

Quoi qu'il en soit, la cellulite est une affection du tissu conjonctif, une sorte d'œdème pouvant devenir scléreux, engainant les extrémités nerveuses, d'où la confusion entre la névrite périphérique et la cellulite. La cellulite peut être locale (panniculite abdominale) ou disséminée sur toute la surface cutanée. Quelquefois on trouve des noyaux isolés, ou de vastes amas, qui peuvent déterminer l'obésité, ou encore, d'après Wetterwald, la maladie de Dercum, stade ultime de la cellulite.

En 1909, Wetterwald émet cette hypothèse « que les altérations du tissu cellulaire sous-cutanée ont pour origine un trouble de la nutrition, dont la cellulite sous-cutanée et les diverses névralgies seraient le symptôme visible, palpable et sensible, et les affections réunies jusqu'ici sous la dénomination

d'arthritisme, les symptômes moteurs, vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques ».

La cellulite est donc une maladie du tissu cellulaire et non du tissu musculaire; elle ne siège pas dans le muscle, mais dans le tissu conjonctif qui s'hypertrophie, prend la place des fibres musculaires puis se rétracte et se sclérose. Dans les formes avancées de la cellulite on perçoit des noyaux de consistance dure, scléreuse ou lardacée. Comme toute lésion scléreuse, ce noyau ne rétrocède pas, mais est entouré d'une zone de tissu conjonctif moins atteinte, cette zone peut redevenir souple, élastique et perméable à une circulation plus abondante.

Stapfer dit : « La cellulite est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe... En massant, les Suédois ont constaté que les douleurs avaient leur point de départ dans des noyaux d'œdème dur et pâteux, gros comme des grains de riz et siégeant dans le tissu conjonctif. »

Divers auteurs anglais ont décrit, sous le nom de « nodular fybromyosotis », des indurations dont le processus morbide consiste en une « hyperplasie inflammatoire locale du tissu conjonctif. »

Ainsi, pour les auteurs anglais, il existe dans le tissu sous-cutané des nodosités douloureuses. Ces nodosités seraient des exsudats inflammatoires qui « au début, peuvent se résoudre assez facilement, ne laissant aucune trace apparente mais qui, à la plus légère provocation, tendent à se reformer dans la

région atteinte. Elles deviennent permanentes, souvent augmentent de dimensions et se propagent sur une large étendue ».

Jouffroy Saint-Hilaire divise les œdèmes abdominaux en œdème séreux simples et fibro-plastiques. Ceux qui nous intéressent sont les œdèmes fibro-plastiques ou durs.

Cet œdème dur n'est pas une infiltration diffuse, mais circonscrite, bien limitée, formant des nodules, qui peuvent atteindre quelquefois un volume considérable et qui peuvent changer d'un jour à l'autre au point de vue de leur consistance, comme au point de vue de leur grandeur. Elle siège surtout dans la paroi abdominale, mais peut aussi se développer sur un autre point du tissu conjonctif. Ces œdèmes mous et durs sont les premiers degrés d'une transformation fibreuse du tissu conjonctif.

Dercum signale, dans le résultat d'autopsies des malades ayant présenté des symptômes d'adipose douloureuse, des lésions de *névrite interstitielle*, au niveau des filaments nerveux inclus dans les masses adipeuses sous-cutanées.

Si on suit les actes pathologiques, qui aboutissent l'œdème du tissu cellulaire, la périnévrite est le premier en date, l'épaississement de la peau le dernier. Wetterwald ne croit pas qu'il puisse exister des troubles physiques sans lésions nerveuses « ces lésions peuvent être légères, fugaces et se limiter à la compression de l'extrémité d'un tube nerveux par un épaississement minime de son périnerve. Ces

modifications passagères, soumises à toutes les influences biologiques, chimiques, physiques et cosmiques que l'on voudra, déterminent sans doute à la longue une congestion permanente, une irritabilité chronique des nerfs sensitifs, sur le trajet desquels le tissu cellulaire, qu'il traverse et auquel ils aboutissent, se congestionne à son tour, s'œdématie, s'hypertrophie. Ainsi se constituent peu à peu œdèmes diffus et pâteux, circonscrits et mous au début, à la longue indurés, surtout dans leur partie profonde, celle qui est au voisinage le plus immédiat du nerf. »

Pour Stapfer, le caractère anatomo-pathologique commun des cellulites est la dilatation des veines et le resserrement des artères, altérées ou non avec infiltration ambiante, diffuse ou localisée, épaissies du tissu conjonctif, formant des tuméfactions de volume variable, depuis une tête de fœtus jusqu'à un grain de riz. Les névrites périphériques sont la cause des œdèmes localisés. L'engagement et l'obstruction des voies lymphatiques constituent le mécanisme des œdèmes.

En somme, d'après l'étude que nous venons de faire, les lésions anatomiques de la cellule sont celles de la *névrite interstitielle* (La congestion chronique des éléments conjonctifs des nerfs, engendre des *névrites périphériques*. La névrite à son tour produit des troubles dans les appareils moteurs, sensibles, vaso-moteurs et sécrétoires).

Il se produit dans le tissu conjonctif, sous l'in-

fluence de diverses causes, une stase circulaire prédisposant à une organisation fibreuse. Celle-ci, en se développant, comprime tout ce qui se trouve dans le voisinage, principalement les extrémités nerveuses, d'où la douleur.

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue clinique, c'est le plus souvent à des femmes, à des obèses, à des veillards, à des arthritiques, à des malades en un mot atteints de l'échéance de l'organisme et des troubles de la nutrition, que l'on à faire.

A *l'inspection* on aperçoit dans quelques cas un léger soulèvement du tissu superficiel dans une région quelconque de la surface abdominale. La *peau* ne subit aucune modification morphologique. Souvent il n'y a ni congestion, ni rougeur. Mais dans quelques cas les téguments peuvent être plus ou moins colorés, suivant l'état de la circulation locale.

A la palpation on rencontre de petites nodosités immobiles, mamelonnées ou arrondies, de volume plus ou moins variable, ou élargies en surface, tantôt indépendantes de la peau, tantôt y adhérant, fixées au pannicule adipeux, mais ne présentant jamais aucune adhérence avec le muscle sous-jacent.

Ces nodosités sont quelquefois très difficiles à déceler.

Si on prend entre le pouce et l'index la petite

tumeur-nodosité, nous trouvons sa consistance variable. Tantôt dure et rénitente, donnant la sensation du tissu scléreux, tantôt plus molle et plus pâteuse, donnant la sensation d'un morceau de lard, que l'on pétrit entre les doigts.

Dans d'autres cas, cette nodosité donne la sensation d'un empâtement, d'un œdème dur, quelquefois même on perçoit une sorte de crépitation neigeuse.

La peau qui recouvre la nodosité peut diminuer d'élasticité, ou seulement présenter une contraction fibrillaire localisée.

La palpation réveille un symptôme très important par les caractères spéciaux que prend ici *la douleur* due à la compression dans la masse nodulaire des extrémités nerveuses sensibles.

Elle s'irradie dans toute la région. Mais cette douleur n'est pas égale, il existe un point appelé point principal où ce symptôme prend une particularité d'intensité remarquable.

Ce point est très limité et demande pour être décélé une palpation minutieuse. Tantôt elle est spontanée, tantôt provoquée. La première pouvant manquer, mais la deuxième existe toujours.

Encore un caractère important de la douleur, c'est d'être *superficielle* et correspondre à des terminaisons nerveuses cutanées. Elle reste limitée au plan sus-jacent, c'est ce qui permet de faire le diagnostic de cellulite par comparaison aux autres points douloureux abdominaux, d'ordre viscéral, qui sont pro-

fondément situés, et que l'on ne décèle que par une palpation forte et profonde de l'abdomen.

Cette douleur est quelquefois tellement aiguë que la moindre pression est intolérable. Les malades la comparent volontièrement à la sensation que donne la pointe de feu.

Au point de vue général, la panniculite peut occasionner différentes sortes de troubles.

Ils se répartissent en troubles de la sensibilité, qui se manifestent par des *algies* ; troubles moteurs, dont l'*asthénie* est le plus fréquent. Chez certains, on rencontre des phénomènes d'ordre secrétoire, présentant des modifications en quantité ou qualité de sécrétions, qui offrent parfois des types opposés alternatifs, comme, par exemple, de la dyspepsie avec hypo ou hyperchlorhydrie. Chez les autres on peut avoir des troubles trophiques. Ces troubles sont dans l'altération chronique des tissus avec tendance à la sclérose par suite de la répétition congestive. Ces troubles se présentent sous forme des épaississements ou des atrophies par dégénérescence adipo-scléreuse. L'obésité et amaigrissement sont des troubles trophiques qui accompagnent la cellulite.

En résumé, deux signes pathognomoniques dominent le tableau de cette affection, *l'œdème* et la *douleur*.

Diagnostic différentiel

Les signes de la panniculite étant connus, nous voyons que la panniculite est une maladie parfaitement bien différenciée, tant par sa caractéristique anatomique, que clinique.

De cela, il résulte que la panniculite peut être confondue avec de nombreuses autres affections d'ordre organique, siégeant dans la sphère abdominale, puisqu'elle conserve des caractères communs avec elles.

Par le contraction que la douleur provoque dans les muscles sous-jacents, la cellulite simule des tumeurs profondes.

Tous les organes de la cavité abdominale, estomac, foie, reins, intestin, vessie, ont été certainement, dans bien des cas, mis en cause, alors que la douleur avait son point de départ dans une cellulite abdominale sus-jacente.

Pour nous mettre en garde contre les erreurs, il suffit de bien connaître maintenant les affections et savoir ce qui les différencie de la panniculite.

Cet ainsi qu'il ne faudra pas confondre la panniculite avec l'appendicite, erreur souvent commise.

En effet, les signes de l'appendicite ne rappellent que de loin ceux de la panniculite.

La douleur de la panniculite est aiguë et superficielle,limitée à la peau, tandis que celle de l'appen-

dicite est profonde et n'est obtenue qu'en déprimant la fosse iliaque.

La petite nodosité dure et empâtée ne peut non plus être confondue avec l'empâtement spécial du plastron appendiculaire, qui est large, mal limité et qui s'étend plus ou moins sous la paroi abdominale. Il y a de plus ici une défense musculaire constante, qui nous permet de faire le diagnostic, le muscle n'ayant aucune réaction et étant complètement indépendant de la tumeur dans la panniculite.

De plus, si nous considérons les antécédents des deux affections, nous sommes frappés par l'évolution chronique de la panniculite et par l'intensité du début de l'appendicite, avec vomissements et température élevée, facies grippé, pouls souvent ne correspondant pas à la température.

Mais là où le diagnostic devient beaucoup plus difficile, c'est dans les cas d'appendicite chronique.

Dans ce cas la symptomatologie est beaucoup plus discrète que celle de l'appendicite aiguë, dont le tableau est si saisissant.

Dans l'appendicite chronique le sujet est habituellement constipé, il n'offre que quelques signes de l'entéro-colite, amaigrissement, anorexie, asthénie, nausées, présente à distance variable une crise de coliques appendiculaires avec douleur et fièvre, et que quelques jours de repos apaisent, ou bien une véritable poussée d'appendicite aiguë ou subaiguë se montre. Le diagnostic de l'appendicite chronique est souvent le plus délicat : il faut le dépister au

milieu des symptômes variables qui peuvent le masquer : gastriques, intestinaux, péri-utérins.

La radioscopie joue un rôle des plus importants dans le diagnostic différentiel de la panniculite et de l'appendicite chronique.

En effet, dans le premier cas le point douloureux reste immobile, tandis que dans le dernier il se déplace avec le cæcum et l'appendice (obs. I).

Pour mieux éclaircir le cas, nous apportons en faveur de notre thèse quelques observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Donnée par M. le Dr Lœper.)

Panniculite simulant une appendicite.

M. G..., cinquante-deux ans, est pris le 17 décembre, à la suite d'une alimentation défectueuse, de malaises gastriques et d'un peu de diarrhée.

Le malade n'a pas de fièvre et l'état général est bon.

Il craint l'appendicite.

20 décembre. — Il va voir le Dr R... qui constate un point douloureux dans la fosse iliaque droite, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'épine iliaque et lui prescrit le repos au lit et glace avec régime, bouillon de légumes et eau.

28 décembre. — Il lui met des pointes de feu autour du point douloureux.

2 janvier. — Je le vois avec le Dr R...

C'est un homme fort, solide, à paroi abdominale grasse. La langue est bonne, le pouls bat à 72, la température est à 37 degrés immuablement.

A la palpation, on constate une sensibilité égale des deux

côtés, un peu plus marquée dans la zone des pointes de feu.

Il n'y a pas de contraction des muscles abdominaux. Aucune résistance.

Au point douloureux indiqué, sensibilité vive, présentant une surface de 20 sous.

Cette sensibilité diminue par pression abdominale profonde; elle l'accompagne dans les mouvements des parois abdominales, se déplace un peu plus dans la position latérale, semble très superficielle ; tout l'intestin, cæcum paraît insensible.

La sensibilité persiste dans la contraction voulue des droits de l'abdomen.

Elle apparaît donc au-dessus du muscle, plus vive encore par grattage de l'ongle, plus vive quand on saisi entre deux doigts la région sensible. A ce moment, on perçoit inclus dans la paroi une petite masse lipomateuse de volume d'une noisette.

On fait le diagnostic panniculite.

Le malade n'a d'ailleurs qu'un antécédent suspect, diarrhée fébrile, il y a quinze ans.

Le point persiste pendant trois semaines, et disparaît par massage.

Mais le pannicule ne disparaît pas complètement et s'atténue seulement.

Pour affirmer le diagnostic, on fait une radioscopie par M. le Dr Lebon, dix-huit heures après l'absorption du bismuth par la bouche.

Le point douloureux est bien superposé à la zone cæco-

appendiculaire, mais ne se déplace pas avec le cæcum et l'appendice, dans le changement de position.

Il apparaît bien pariétal.

Aucune adhérence profonde ou superficielle.

Mobilité absolue et intestin normal.

OBSERVATION II

(Pseudo-appendicite, Dr Watterwald.)

Mme P..., trente ans, a fait une fausse couche de trois mois. en 1902. Début de ses misères : dysurie, pesanteur, douleurs lombaires et abdominales, constipation.

La malade a consulté un certain nombre de médecins :

Dr C..., Métrite : injection, ceinture hypogastrique, vins fortifiants.

Dr P..., Métrite : injections. Dumontpallier : Suppositoires.

Dr M..., gynécologie : injections, chlorate de potasse, ovules, vins fortifiants, valérianate, cacodylate.

Dr X..., chirurgien : appendicite, salpingite droite, rétroversion utérine, trois opérations dont deux urgentes.

Je trouve : cellulite de la paroi avec infiltration et douleur prédominant au point de Mac Burney, rétroversion, utérus gros (les utérus rétroversés sont habituellement augmentés de volume) ; cellulite utérine et péri-utérine. Un mois de traitement. Amélioration.

1910. Mme P..., n'a pas suivi d'autre traitement, se déclare en parfaite santé et se félicite de n'avoir pas été opérée.

OBSERVATION III

(Pseudo-appendicite, publiée par le Dr Gendron)

Mlle M. M..., vingt-quatre ans, vient me demander mon avis concernant le diagnostic d'appendicite et sur la nécessité de l'intervention.

Cette malade est constipée de longue date, avec crises de douleur et un peu d'entérite comme beaucoup de ses semblables.

Un jour de coliques douloureuses, elle a fait appeler son médecin habituel. Celui-ci constate au point dit de Mac-Burney, une douleur exquise à la pression, trouve le ventre sensible dans toute son étendue, de la défense musculaire, prononce le mot d'appendicite et fait appeler le chirurgien.

Ce dernier examine la malade, confirme le diagnostic et déclare l'opération indispensable dans un délai rapproché.

J'examine cette malade venue spontanément à mon cabinet et suis étonné de constater qu'elle est uniquement atteinte de cellulite de la paroi abdominale et qu'elle présente, juste au point classique de Mac-Burney, une plaque indurée facilement saisissable entre les doigts et extrêmement douloureuse à la pression.

Je crus donc pouvoir rassurer cette malade, et la soumettre à un traitement dirigé contre la cellulite et contre la constipation.

Contre la constipation, j'employai le massage uni à une gymnastique spéciale, et complété par une douche d'air

chaud à 150 degrés, selon la méthode préconisée par le Dr Dausset.

Contre la cellulite, j'eus recours au pétrissage de tous les téguments atteints.

En quelques jours, j'ai obtenu, par cette méthode, une cessation complète de toute douleur, et la guérison de la constipation suivant quelques jours plus tard (quatre semaines).

OBSERVATION IV (Wetterwald)

(*La pratique des agents physiques*, août 1910).

Mme F..., trente ans. Plusieurs médecins ont diagnostiqué l'appendicite. Opération, sans résultat. Le Dr M..., qui a conseillé l'opération, fait alors pratiquer le massage dans son service ; pas de résultat. Le Dr S..., médecin des Hôpitaux, diagnostique salpingite gauche : tampons, injections repos au lit. Pas de résultat appréciable. Nous voyons alors la malade, atteinte de cellulite abdominale pelvienne et généralisée. Massage, amélioration très notable.

OBSERVATION V (Wetterwald)

Mme P..., trente et un ans. Drs C..., P..., et M..., métrite. Dr X... chirurgien : appendicite ; salpingite droite, rétroversion utérine ; trois opérations à faire, dont deux urgentes. Dr W. : cellulite de la paroi, utérus retroversé. Un mois de massage, amélioration. Un an après, la malade, qui n'a pas suivi d'autre traitement, se déclare en parfaite santé.

D'autres affections intestinales peuvent encore faire croire à une panniculite et on peut citer au premier rang les épiplocèles plus ou moins volumineuses : mais ces affections se produisent toujours dans les endroits bien déterminés de la paroi abdominale, c'est-à-dire aux endroits où cette paroi présente des points faibles, permettant à l'épiploon de faire des hernies sous la peau. C'est ainsi qu'il ne faudra pas confondre la panniculite avec une épiplocèle ombilicale, surtout si celle-ci présente les phénomènes d'une hernie étranglée. Mais, alors que dans le panniculite nous avons à faire avec une tumeur parfaitement limitée au tissu cellulaire sous-cutané, dans l'épiplocèle, si cette tumeur est également sous-cutanée, on s'aperçoit facilement qu'elle affecte des rapports intimes avec les organes abdominaux sous-jacents, l'intestin et l'épiploon. Il y a de plus, dans l'épiplocèle, des signes spéciaux qui mettent sur la voie du diagnostic : troubles intestinaux avec souvent rétention des matières fœcales et des gaz, des troubles gastriques avec vomissements, allant du simple vomissement alimentaire jusqu'au vomissement porracé.

Si l'épiplocèle siège au niveau du triangle de Jean-Louis Petit, les mêmes signes caractéristiques des épiplocèles évitent l'erreur avec une panniculite.

Les sigmoïdes aiguës ou chroniques peuvent également en imposer dans quelques cas pour une simple panniculite.

Mais ici encore la douleur se trouve plus pro-

fonde, avec son siège principal dans la fosse iliaque gauche, se prolongeant en haut vers l'hypocondre et en bas vers la région abdominale inférieure.

Lorsque le sigmoïdite s'accompagne de périviscérite de l'anse sigmoïde ou d'abcès la tumeur, loin d'être superficielle comme dans la panniculite, est profondément située.

Cette affection s'accompagne alors d'une défense musculaire plus ou moins prononcée que l'on n'observe jamais dans la panniculite. Le passé intestinal du malade est également un précieux adjuvant pour ne pas confondre cette affection avec une panniculite.

Les infections péritonéales chroniques et surtout tuberculeuses peuvent, dans certains cas, faire croire à une panniculite (obs. de M. Josephson). La péritonite tuberculeuse, en effet, à son stade ulcéro-caséeux, présente des véritables noyaux plus ou moins étendus, se dessinant même parfois sous la paroi abdominale ; ces noyaux sont douloureux et donnent au palper l'impression de gâteaux durs, disséminés.

Mais ici, l'état général du malade est profondément atteint, son amaigrissement considérable, sa température plus ou moins élevée, son état intestinal avec alternative de constipation et diarrhée ; la constatation d'une tuberculose génitale, le plus souvent chez la femme, met sur la voie du diagnostic.

Cette péritonite peut être localisée et la difficulté du diagnostic devient plus grande. On constate très

souvent des noyaux péritonéaux sous le foie ou du côté du cæcum, témoins d'une lésion tuberculeuse sous-jacente, mais ces noyaux sont encore nettement intra-abdominaux, alors que les noyaux de la panniculite sont superficiels dans le tissu cellulaire.

De plus, alors que la douleur de la panniculite reste limitée à la surface, les douleurs de la péritonite sont profondes et cessent aussitôt que la main qui palpe ne produit plus qu'une pression légère sur l'abdomen.

Enfin, les ganglions ou des tumeurs mésentériques (tumeurs kystiques le plus souvent) peuvent être pris pour une cellulite de la paroi abdominale ; mais ici, la grande mobilité de ces affections du mésenthère, que l'on fait facilement déplacer par la palpation, ne peuvent être confondues avec les tumeurs cellulitiques qui sont toujours immobiles.

OBSERVATION (de M. Josephson)

(*In* traité de Stapfer, p. 11.)

Malade, femme, trente-six ans, consulte (1880) pour de violentes douleurs du ventre, prises pour une inflammation péritonéale, traitée d'abord par l'immobilité et la morphine, puis par le massage; guérison complète.

Chez une malade que nous avons eu l'occasion d'examiner nous-même à l'hôpital Boucicault, nous avons constaté l'existence d'une panniculite siégeant

sur le bord droit du grand droit (droit), qui, jusque-là, avait été prise pour une affection vésiculaire, comme l'indique l'observation qui suit. Mais dans la vraie affection vésiculaire, nous avons, sauf la douleur prédominante au point épigastrique, surtout dans les premières crises : souvent de la fièvre et parfois des nausées, des vomissements, du subictère.

OBSERVATION (personnelle.)

Mme B..., quarante-six ans, le 10 juin 1914, vient consulter pour crises hépatiques sans ictère, sans vomissement, sans troubles digestifs. Elle a été deux ans à Vichy et souffre toujours de la région sous-hépatique, dit-elle.

Examen. — Son état général est bon.

Pouls bat à 66. Sensibilité sous-costale droite, sur le bord droit du grand droit.

Cette sensibilité s'atténue par pression profonde. La même localisation dans la position couchée ou debout. Le foie n'est pas gros.

La douleur est très superficielle, de la grandeur d'une pièce de 40 sous. La douleur s'accentue par grattage de la paroi à l'ongle, par pincement du tissu et de la graisse sous-cutanée. On perçoit une petite masse graisseuse qui est certainement douloureuse. Le massage l'atténue notablement.

Examen d'urine : rapport azoturique 88 ; pas de pigments biliaires.

La radioscopie faite par le Dr Autour, après distension de l'estomac par du gaz et remplissage intestinale avec du bismuth, est négative.

OBSERVATION

(Publiée par Josephson)

Cellulite simulant une colique hépatique

La femme, d'une vingtaine d'années, mariée, est accouchée il y a vingt mois. Elle est malade depuis six semaines : vomissements et douleurs de ventre. Le médecin qui l'a traitée a diagnostiqué une colique hépatique.

La malade n'avait pas d'ictère et on n'a jamais trouvé de calculs biliaires. Elle a eu de légères crises simulant des coliques hépatiques et de continuelles douleurs avec sensibilité à la moindre pression du ventre, et sensation constante de fatigue. Par l'examen, je lui trouvai à gauche et au-dessous du nombril une cellulite qui s'étendait sur la surface d'une main, et à droite, une autre moins étendue.

L'utérus était en rétroversion, et l'exploration très difficile à cause de l'épaisseur et de la sensibilité des parois abdominales. J'ai fait le message pendant trois semaines : passé ce temps, les douleurs, spontanées et à la pression et la sensation de fatigue ont disparu. Dans ce cas, la cellulite était probablement aiguë.

Il est également des cellulites situées sur la face antérieure de l'estomac et autour de l'ombilic, qui ont pu faire croire à des affections gastriques, ainsi nous le prouvent les observations qui suivent.

OBSERVATION

(Dr Wetterwald)

Dyspepsie cellulitique, syptômes hépatiques (ictère, gros foie) gastro-intestinaux (douleurs épigastriques et abdominales, inappétence, sécheresse de la bouche, flatuleuce, pesanteur, brûlures,) neuro-musculaires (myasthénie, neurasthénie, etc...)

Mme G..., cinquante-deux ans, est au régime végétarien mitigé à cause des symptômes gastro-hépatiques qu'elle présente depuis plusieurs mois. Je constate (février 1908) l'existence d'une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire sous-cutané, avec une adipo-sclérose disséminée dans la paroi abdominale, sous les seins, sous les omoplates, aux cuisses.

Dès la troisième séance, légère amélioration du sommeil et des digestions, malgré l'augmentation des douleurs dues au traitement. La malade s'alimente progressivement et retrouve son appétit et ses forces.

La guérison est obtenue en trente séances et s'est maintenue depuis, car Mme G..., donne de ses nouvelles deux fois par an.

OBSERVATION

(Dr Wetterwald)

Dyspepsie cellulitique

Mme J..., cinquante-six ans, me consulte le 9 juillet 1907, pour une dyspepsie qu'elle soigne depuis des années. Elle

suit depuis six mois un régime consistant uniquement en lait caillé, sans grand profit, semble-t-il, car les digestions, très pénibles, sont accompagnées constamment de vomissements alimentaires, éructations, flatulences, brûlures. Constipation opiniâtre. Asthénie. A dû vendre son fonds de commerce à cause de son état de santé. Corpulence apparente, mais atrophie musculaire réelle. De 100 kilos le poids corporel, est à 75 kgr. 100. Ménopause depuis huit ans.

Adipose considérable de la paroi abdominale avec gros noyaux scléreux péri-ombilicaux et névralgies thoraco-épigastriques. Le traitement cutané améliore la malade au point qu'elle peut, au bout de treize séances, quitter son régime. Un mois après, la malade mange de tout, et actuellement ne garde de ses malaises antérieurs que quelques légers troubles dyspeptiques.

OBSERVATION

(Dr Wetterwald)

Dyspepsie cellulitique

Mme X... est une dyspeptique migraineuse qui a suivi quantité de traitements, y compris le massage.

La kinésithérapie gynécologique lui a, du reste, toujours fort bien réussi, et a considérablement amélioré sa cellulite pelvienne. Cette dernière s'est manifestée par des troubles de la menstruation, des fausses couches, des douleurs locales.

Mme X..., est sujette à des migraines, à des flatulences, de l'anorexie, de l'insomnie, de l'asthénie, changement d'humeur, tous symptômes que les traitements précédents ne semblent

pas avoir amendés. J'espère arriver à un meilleur résultat par le traitement des névralgies cutanées dont cette malade présente une belle collection.

Ce traitement a commencé en septembre 1909, et a été poursuivi jusqu'en février 1910, avec des interruptions nombreuses, de sorte qu'il y a eu au total 80 séances. Il y a eu amélioration considérable du facies, retour des forces, diminution dans la fréquence et l'intensité des crises migraineuses et dyspeptiques. Mais nous sommes encore loin de la guérison complète, si jamais on l'obtient. Il est à remarquer que, lors des séances pratiquées en pleines crises, le traitement des points névralgiques cutanés thoraco-épigastriques et fronto-orbitaires coupait la douleur et les malaises ; la patiente retournait chez elle soulagée.

Mais d'autres affections gastriques, tels que cancer et ulcère, peuvent également être confondues avec une simple panniculite.

Dans les cas d'ulcère de la face antérieure de l'estomac, en effet, on aperçoit quelquefois une induration plus ou moins marquée, plus ou moins étendue, très douloureuse, mais située sous la paroi abdominale ; le pincement de la paroi à ce niveau montre, en effet, qu'elle ne contient rien et que la lésion est profonde ; il en est de même dans le cas du cancer. Quoi qu'il en soit, les signes généraux des ces affections : hématémèse du sang rouge, du sang noir, les mœlena, qu'on trouve en plus ou moins grande abondance dans les selles, l'amaigrissement et la cachexie dans le cancer démontrent que la lésion est

bien profonde, siège sur le tube digestif et non dans le paroi abdominale proprement dite.

Il faut également signaler une erreur qui ne peut être que plus fréquente, entre une panniculite et le cancer nodulaire du foie, dans lequel la cachexie profonde, l'amaigrissement, les troubles gastro-hépatiques prononcés mettent sur la voie du diagnostic.

Mais il est des affections qui sont souvent plus difficile à différencier de la panniculite : ce sont les tumeurs, qui se développent dans la paroi abdominale, telles que les épithéliomes, les sarcomes, les lipomes, les tératomes, les kystes hydatiques et kystes séreux. Les fibromes méritent seuls une étude particulière, et ils présentent des signes caractéristiques qui permettent de les différencier de la panniculite.

Ils se développent, en effet, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen. Ils sont mi-latéraux et jamais médianes. On les observe le plus souvent dans la région iléo-inguinale, dans la région du grand droit, à l'hypogastre et à l'épigastre.

Ils paraissent se développer en pleine paroi, soit au dépend des aponévroses, soit dans le tissu conjonctif intermusculaire ; ils sont toujours situés au-dessous de l'aponévrose sous-cutanée qui les recouvre, mais ils sont souvent fusionnés avec les aponévroses profondes et le péritoine. De volume variable, ils ont, au début, la forme d'un gallet ; en grossissant, ils deviennent sphériques ou ovoïdes.

Ces fibromes sont encapsulés.

On les rencontre presque exclusivement chez les femmes jeunes, ayant accouché.

Chez l'homme, ils se présentent le plus souvent sous la forme des fibro-sarcomes. Leur volume seul les met en évidence ; ils ont les caractères habituels des fibrones. Un signe est patognomonique du siège anatomique : mobile dans la paroi, quand celle-ci est relachée ; ils deviennent fixes, quand celle-ci se contracte. Des plus, si on marque avec un crayon le point le plus élevé de la tumeur, on observe que, pendant les mouvements forcés de la respiration, le point ainsi reperé ne se déplace pas, la tumeur est donc intra-pariétale et non intra-abdominale, comme la panniculite.

Mais les signes qui différencient ces deux affections sont la douleur, qui est plus ou moins vive dans la panniculite avec son point principal, alors que le fibrome est complètement indolore.

Il faut enfin signaler chez les femmes enceintes, à un degré déjà avancé de la grossesse, des noyaux fibreux souvent nombreux de la paroi utérine distendue, qui viennent faire saillie sous la peau abdominale, mais une palpation attentive montre bientôt que ces tumeurs ne font nullement partie de la paroi, que l'on peut facilement faire glisser sur elles, montrant ainsi qu'elles siègent bien dans la paroi utérine sous-jascente.

Signalons enfin le cas où une panniculite peut exister avec et en même temps qu'une des affections précitée et rendre ainsi le diagnostic très difficile, on

ne pourra, dans ce cas, éviter l'erreur que la connaissance parfaite des signes spéciaux de la panniculite et par un examen approfondi des malades qui présentent ces affections. Cet examen doit s'attacher surtout à la recherche des signes physiques, des signes généraux des signes, fonctionnels, qui forment un syndrome particulier dans chacune des affections.

Telles sont les affections avec lesquelles on peut confondre la panniculite, telles sont aussi les moyens de différencier ces affections. Nous sommes frappée de l'importance de porter un diagnostic exact, car la panniculite est une affection bénigne, qui peut souvent imposer pour une affection grave et faire commettre les erreurs de diagnostic très préjudiciables.

Il faut encore faire le diagnostic avec les névralgies abdominales, les points douloureux profonds, qui ont été étudiés par MM. les Drs Lœper et Esmonet.

Ces points douloureux ont leur topographie spéciale.

Nous prenons chez Mlle Weil, la description de ces points :

a) *Point épigastrique.* — Il est situé sur le milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne et légèrement dévié à droite, comme le plexus auquel il correspond.

b) *Point mésentérique supérieur* (appelé point para-ombilical droit par MM. Lœper et Esmonet). — Il est situé à 2 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic.

c) *Point mésentérique inférieur* (appelé point para-ombilical gauche par MM. Lœper et Esmonet). — Il répond au plexus mésentérique inférieur ; il est située à 4 centimètres au-dessous et en dehors de l'ombilic.

d) *Point promontorien.*— Zone de la sensibilité diffuse situé sur la ligne médiane, au-dessous de deux points para-ombilicaux, répond au plexus hypogastrique supérieur.

e) Les points iliaques, droit et gauche, répondent à l'amas ganglioforme de la bifurcation des artères primitives. Ils furent décrits pour la première fois par MM. Lœper et Esmonet (*Bull. méd.*, 28 mai 1910).

f) *Point cystique.* — Il occupe l'intersection de la ligne para-sternale droite et de la neuvième côte.

Normalement, la pression de ces divers points ne réveille pas la douleur.

Ici encore, il faut se baser surtout sur la superficialité de la douleur dans la panniculite.

TRAITEMENT

En nous basant sur l'anatomie pathologique de la cellulite ou panniculite, il nous est facile d'instituer un traitement logique de cette affection.

Maladie, au premier chef d'ordre scléreux, c'est donc au traitement par l'iode que nous nous adressons d'abord, comme traitement curatif, agissant directement sur la lésion histologique.

Quant à l'induration du nodule panniculaire et à la gêne douloureuse qu'elle provoque, c'est au traitement physique ou mécanique que nous allons nous adresser, c'est le massage et la gymnastique.

Nous dirons seulement quelques mots sur l'administration d'iode pour ces malades.

On peut donner de l'iodure de potassium, qui est le médicament par excellence de la sclérose. G. Sée a démontré qu'il active la circulation. D'autres médecins emploient de préférence l'iodure de sodium, car ils redoutent l'action nocive que l'administration prolongée du sel de potassium peut exercer sur le cœur et les effets de l'accumulation lente et progressive de sels de potasse dans l'économie.

Deux autres iodures ont été introduits dans la

thérapeutique et peuvent être substitués aux précédents, car ils paraissent donner une action analogue : ce sont les iodures des strontium et de calcium ; ce dernier est indiqué particulièrement lorsqu'il existe une intolérance des voies digestives pour l'iodure de potassium.

Quelle que soit la préparation iodurée sur laquelle on arrête son choix, il est nécessaire, si l'on veut obtenir quelques résultats, d'en continuer l'usage pendant longtemps.

On doit recommander, au début, l'iodure, à petites doses, 20 centigrammes par jour.

Pour assurer la tolérance, on peut l'associer parfois à l'extrait thébaïque.

Iodure de potassium.....	10 gr.
Extrait thébaïque.....	0 gr. 10
Eau.....	300 gr.

Il faut fractionner la quantité journalière en plusieurs doses. On prescrit habituellement l'iodure pendant vingt jours par mois en laissant un intervalle de deux jours, après les premiers dix jours.

Certains auteurs ont préconisé l'*électrisation*. Nous n'insisterons pas sur cette méthode thérapeutique qui ne donne vraiment de résultats que dans les cellulites diffuses ou généralisées à tout l'abdomen (procédé de Bergonié et autres).

D'ailleurs, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la cellulite ou panniculite, qu'ils soient Suédois, Anglais, Allemands ou Français, ont proclamé

l'efficacité du traitement manuel, qui consiste en massage.

Ce traitement tient compte de la cause des douleurs et de leur siège réel.

Wetterwald recommande qu'on s'assure d'abord que le tissu cellulaire est bien en cause, et qu'il n'existe pas de lésions sous-jacentes sur lesquelles le traitement aurait une action nuisible.

Les uns, comme Kellegreen, font de petits effleurages avec le dos des doigts sur la région douloureuse ; les autres font des vibrations uni-digitales, au niveau du point douloureux, comme Cornélius.

Wetterwald fait *la malaxation digitale du nodule douloureux*, la méthode que Stapfer appliquait dans la panniculite abdominale. C'est une forme spéciale du massage, et, comme telle, elle doit être accompagnée de gymnastique.

Une fois le diagnostic posé, on étudie son sujet, car « le dosage du traitement varie selon les cas et les individus » (Wetterwald).

On recherche les points douloureux, pas plus que un ou deux par région. L'intensité des manœuvres doit augmenter peu à peu. Si, dans l'intervalle des séances, il se produit une agitation, de l'insomnie, il faut espacer les séances et les raccourcir. On commence par quelques secondes de massage pour chaque point douloureux.

La durée des premières séances ne doit pas dépasser trois à cinq minutes. Généralement la première

séance est excitante, malgré la brièveté et la douceur, qu'on y met.

Le traitement manuel de la panniculite consiste en une *malaxation digitale* des tissus les plus superficiels, peau et pannicule adipeux, soulevés et isolés des plans sous-jacents.

Cette malaxation est douce, sans force. Les deux mains saisissent la peau en faisant des plis qu'on malaxe entre les pouces et les quatre autres doigts en étirant légèrement la peau.

« Dans les formes volumineuses de la panniculite abdominale, il faut saisir à pleines mains les masses adipo-scléreuses péri-ombilicales, et le pétrir doucement sans perdre un seul instant le contact. Les deux mains travaillent côte à côte, l'une reprenant ce que l'autre vient de quitter, de sorte que les gros plis cutanés sont malaxés dans tous les sens.

» Il est à noter que bien des prétendues gastralgies sont en réalité des épigastralgies, malgré les symptômes moto-sécrétoires qui sont provoqués par la cellulite sous cutanée et peut être par la cellulite glandulaire. Si la malaxation est impossible ou trop douloureuse, se contenter de pressions exercées avec la face palmaire des doigts étendus (sorte de pianotage) (Wetterwald).»

La malaxation du tégument agit comme tout massage, par *effet mécanique* et *par effet réflexe*. Stapfer, par ses expériences au Collège de France, publiées dans la thèse de Romano, a montré qu'un massage doux, léger, court, réveillait un réflexe

accélérateur : *le réflexe dynamogène de Stapfer*. Il résume ainsi sa technique : « Douceur, légèreté de main, séances brèves, doses homéopathiques ». Le résultat d'un tel massage est toujours, après une élévation passagère au début de la pression sanguine, le retour de cette pression à la normale.

Au contraire, un massage fait avec force et prolongé, occasionne des effets inhibitoires, atteints de vaso-dilatation persistante, d'où abaissement de la pression.

Le plus important est l'effet réflexe. La panniculite parcourt trois phases : congestive, hypertrophique, atrophique, scléreuse, qui peuvent correspondre à trois états successifs, avec la possibilité d'être réunies chez le même sujet : excitation, douleur et dépression.

Dans beaucoup de cas, ce traitement manuel sera en même temps sédatif et tonique.

Nous avons dit qu'au massage, il faut ajouter la gymnastique.

Cette gymnastique se compose de :

1° Mouvements actifs ou volontaires résultant de la contraction d'un muscle (mouvement libre et mouvement avec résistance) ;

2° Mouvements passifs ou communiqués, qui sont provoqués par un agent extérieur : main ou machine.

Ici aussi, il y a *effet mécanique*, qui consiste en une augmentation du rendemeut mécanique des différents appareils, et effet réflexe, qui est présenté par les phénomènes vaso-moteurs (rubéfaction et

chaleur) rythmiques (modification du rythme respiratoire et circulatoire), etc.

Nous commençons toujours par les mouvements passifs, insistant sur le mouvement respiratoire.

Le malade restant couché en position dorsale, on lui fait la respiration diaphragmatique, c'est-à-dire le malade laisse sa paroi se soulever à l'inspiration et se déprimer à l'expiration.

Puis on lui fait faire les mouvements respiratoires simples, ceux de flexion et d'extension des membres et du tronc.

En résumé, disons que le principe du traitement manuel dans la panniculite doit être « la douceur » des manœuvres.

Le massage court et léger favorise la nutrition et en particulier la diapédèse, tandis qu'un massage fort et prolongé constitue une série de traumatismes, favorise la congestion et l'hypertrophie du tissu cellulaire. Un tel massage laisse une sensation de lassitude et d'énervement qui peut s'expliquer peut-être par le passage brusque dans les vaisseaux d'une grande quantité de déchets nutritifs ?

Il y a des cas où le traitement manuel est contre-indiqué :

C'est dans les cas trop invétérés, où il serait plus nuisible qu'utile;

Chez les tuberculeux, pour qui la sclérose est un processus de guérison.

CONCLUSIONS

1° La panniculite est une inflammation chronique du tissu cellulaire, caractérisée cliniquement par un œdème mou ou dur, plus ou moins localisé et anatomiquement par une sclérose plus ou moins hypertrophique du tissu adipeux ;

2° La panniculite peut se localiser dans tous les points de l'organisme où existe le tissu cellulaire et plus spécialement à la paroi abdominale ;

3° La panniculite abdominale se traduit par des nodosités incluses dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané ou des plaques douloureuses spontanément et dont la sensibilité s'exagère par la palpation ;

4° Ces nodosités sont localisées tantôt dans la région de l'hypocondre droit, l'hypocondre gauche, tantôt dans les fosses iliaques. Les réactions douloureuses qu'elles déterminent peuvent être confondues à un examen superficiel avec des affections appendiculaires vésiculaires, gastriques ou intestinales ;

5° Le diagnostic se fera surtout sur la *superficialité* de la douleur, sa localisation très limitée, l'existence d'une *nodosité* plus ou moins étendue, sur l'accen-

tuation des douleurs lorsqu'on palpe l'abdomen après la contraction des muscles, la diminution au contraire, au fur et à mesure des palpations plus profondes ;

6° Le traitement de la panniculite est général et local : général il consiste dans l'administration d'iode à petites doses ; local il consiste exclusivement en électrisation et surtout massage.

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ROMANO. — Effet dynamogénique cardio-vasculaire du massage abdominal. Paris, 1895.

STAPFER. — Cellulite et myocellulite localisée douloureuse (Annales de Gyn. et d'Obst., t. XI, p. 113. Paris, 1893).

WETTERWALD. — Les Névralgies. Paris, 1910.

AUDRAN. — Le Tissu lymphoïde devant les grandes diathèses et l'intoxication (Progrès médical, n° 34, 24 août 1912).

BERNE. — Le Massage théorique et pratique, 4e édition, 1908.

BOURCART et WIDE. — Traité de gymnastique médicale suédoise. Genève, 1898. Paris, Félix Alcan.

BOURCART et COHN. — Le Ventre, estomac et intestins, t. II.

COLMAIRE. — La Cellulite sous-cutanée ou panniculite. Thèse inaug. Lille, 1899.

DAUSSET et DURAND. — Goutte et cellulite (Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris, n° 3, 7 février 1913, p. 131).

DERCUM (Pr.). — Adipose douloureuse. Philadelphie, 1888.

DESCHAMPS. — Traitement de la panniculite abdominale et des névralgies cellulitiques (IIe Congrès de Physioth. des méd. de langue franç. Paris, 1909).

DESCOMPS et BROUSSE. — Points douloureux abdominaux (Paris médical, 31 mai et 14 juin 1913).

FÉRÉOL. — Nodosités éphémères cutanées chez les arthritiques (Compte rendu de la 7e session pour l'Avancement des Sciences).

GENDRON. — De quelques cas de cellulites traités et guéris par la kinésithérapie (Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 3 juin 1910).

Gendron. — Contribution à l'étude des cellulites (Bull. et Mém. de la Société de Méd. et de Chir. de Bordeaux, 21 juillet 1911).

Hanriot. — Contribution à l'étude d'une manifestation de l'arthritisme.— La cellulite. Thèse de Paris, 1913.

Heckel. — Grandes et petites obésités. Paris, 1911.

Hischberg (Rub.). — Massage de l'abdomen (Bull. gén. de Ther., 1887, CVIII, 241-255).

Josephson. — Cellulite de la paroi abdominale, in Traité de kinésith. gynécol., par Stapfer.

Juventin. — Les Massages appliqués au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, 1897.

Lœper et Esmonet. — Les Algies sympathiques et l'hyperesthésie abdom. (Presse méd., 27 avril 1910).

Profarter. — Appendicites, pseudo-appendicites et annexites (Résumé analytique par Wetterwald et in Arch. gén. de kinésith., juillet-août 1909).

Sagnet. — Action trophique locale du massage abdominal léger (Bull. gén. de thérapeutique, 8 nov. 1908).

Weil (Mlle). — Les Points douloureux abdominaux et les erreurs de diagnostic qu'ils entraînent. Thèse de Paris, 1911.

Wetterwald. — Les Cellulites (Journal médical français, 15 sept. 1913).

— Trente observations du traitement manuel neuro-dermique (IIIe Congrès de Physiothérapie de méd. de langue française, 1910).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2912-15